
LAPORAN KASUS

Sifilis Sekunder dengan Manifestasi Klinis Kondilomata Lata

(*Secondary Syphilis with Condylomata Lata as a Clinical Manifestation*)

Indiarsa Arief L, Marsudi Hutomo

Departemen/Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga - Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo
Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Sifilis disebabkan oleh *Treponema pallidum*, *microaerophilic Spirochete*. Sifilis biasanya tampak dengan erupsi kulit dalam 2–10 minggu setelah infeksi primer disertai keluhan sistemik. Pada 10% pasien, dengan papula yang infeksius pada *mucocutaneous junctions* dan pada kulit intertriginosa yang lembab, hipertrofi dan kemerahan atau keabu-abuan sebagai kondilomata lata. **Tujuan:** Banyaknya bentuk manifestasi klinis pada sifilis sekunder menuntut klinisi dapat membedakan dengan penyakit kulit lain yang menyerupainya, sehingga dapat menegakkan diagnosis kasus sifilis sekunder **Kasus:** Seorang pemuda 21 tahun dengan papula kemerahan multipel, basah, halus, 1–3 cm, bulat pada region perianal sejak 10 minggu dan tidak nyeri. papula sirsiner, 2 cm pada region leher belakang. Makula dan papula pada telapak tangan dan kaki 1 cm, disertai demam dan lemah badan. Pasien homoseks dan melakukan hubungan seks secara anal sebelumnya. Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap ditemukan *Spirochetes*. VDRL 1:128 dan TPHA 1:2560. **Penatalaksanaan:** Pengobatan dengan penisilin prokain 600.000 U i.m. dosis tunggal selama 10 hari. Pemeriksaan laboratorium dimonitor setelah 1 dan 3 bulan setelah pengobatan. Ditandai dengan penyembuhan papula dan penurunan serologi titer 1:64 pada 1 bulan setelah pengobatan dan 1:32 pada 3 bulan setelah pengobatan. **Kesimpulan:** Diagnosis sifilis sekunder ditegakkan berdasarkan anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dan tes serologi. Pemberian penisilin oral menunjukkan efektif pada sifilis sekunder. *Follow up* pasien dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan titer serologi.

Kata kunci: sifilis sekunder, tes serologi, penisilin prokain

ABSTRACT

Background: Syphilis is caused by *Treponema pallidum*, a microaerophilic *Spirochete*. Secondary syphilis usually presents with a cutaneous eruption within 2–10 weeks after the primary with variable systemic illness develops. In 10% of patients, highly infectious papules at the mucocutaneous junctions and in moist intertriginous skin, become hypertrophic and dull pink or grey as condylomata lata. **Purpose:** Because a lot of a variety secondary syphilis clinical manifestation so the clinician must be can differ with the other skin disease and to establish secondary syphilis. **Case:** A 21-years-old- male was reported with multiple reddish papules, wet, smooth, 1–3 cm diameter with oval form on region perianal since 10 weeks but not pain. Papula circular, 2 cm in diameter on region back neck. Macular and papular on palm and sole 1 cm in diameter, accompanied with slightly fever and malaise. Patient is homosexual and do anal sex before. Dark field was found *Spirochetes*. VDRL 1:128 and TPHA 1:2560. **Case management:** Initial treatment consisted of penicillin procaine 600.000 U i.m. single dose for 10 days. Laboratory examination was monitored after 1 and 3 months after therapy. Marked healing of the papules and decrease VDRL titer of serology 1:64 in 1 month after therapy and 1:32 in 3 month after therapy. **Conclusion:** The diagnosis of secondary syphilis was established by clinical history, physical examination, dark field microscopy and serologic test. The orally administered penicillin have been shown effective in secondary syphilis. The follow up of patients with physical examination and VDRL titer of serologic examination.

Key words: secondary syphilis, serologic test, penicillin procain

Alamat korespondensi: Indiarsa Arief L, e-mail: indiarsa.kulit@yahoo.com

PENDAHULUAN

Sifilis ditandai dengan periode aktif (primer, sekunder dan tersier) diselingi periode laten. Penyebab

sifilis adalah *Treponema pallidum*, a motile, corkscrew-shaped, bakteri prokaryotic yang flexible, helically coiled cell wall. Sifilis ditularkan melalui kontak intim

dengan lesi yang terinfeksi atau tranfusi darah, juga transplasental. Pada awal tahun 1990-an, 10% populasi di Amerika Serikat dan Eropa terinfeksi sifilis. Terbanyak pada pria dengan usia 15–34 tahun.^{1,2,3} Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dari serum lesi. Identifikasi serologi dapat dilakukan minimal 3 minggu.^{3,4}

Sifilis primer terjadi 3 minggu setelah kontak infeksi, dapat sembuh dalam 4–8 minggu dengan atau tanpa pengobatan. Sifilis sekunder biasanya tampak dengan erupsi kulit dalam 2–10 minggu setelah infeksi primer disertai keluhan prodormal ringan, seperti lemah, kehilangan nafsu makan, demam, sakit kepala, pusing. Lesi permulaan bersifat bilateral simetris, kemerahan, basah, dan berbentuk bulat.^{5,6}

Manifestasi sifilis sekunder dapat berupa makula erupsi (*roseola syphilitica*) 0,5–2,0 cm, kemerahan, basah, bulat, biasanya di punggung dan fleksor ekstremitas atas, kondilomata lata berupa kemerahan, papula atau plak, halus, basah. Sering pada daerah genital dan anal, *psoriasis syphilitica* dan *frambosia syphilitica*, pembesaran kelenjar, lesi membran mukosa, alopecia, mata (*iritis, uveitis anterior, chorioretinitis*), pendengaran (*sensorineural hearing loss, labyrinthitis*), kuku (*onychia, onycholysis*), tulang (*periostitis, osteomyelitis*), darah (*anemia, leukocytosis*), ginjal (*acute membranous glomerulonephritis*), hepar (*jaundice*), lambung (*epigastric pain*).^{2,5}

Penisilin masih merupakan pengobatan yang terbaik untuk sifilis. Sifilis sekunder diobati dengan penisilin 2,4 miliar units *intra muscular* dosis tunggal atau Penisilin Prokain 600.000 units *intra muscular* sekali sehari selama 10 hari.^{3,13}

Pasien dengan sifilis primer ataupun sekunder sebaiknya dilakukan pemeriksaan VDRL pada 1, 3, 6 dan 12 bulan selama pengobatan. Jika titer VDRL meningkat 4 kali lipat atau tetap 1:8 selama 12 bulan maka perlu dipertimbangkan pengobatan ulang atau lebih intensif.^{5,6}

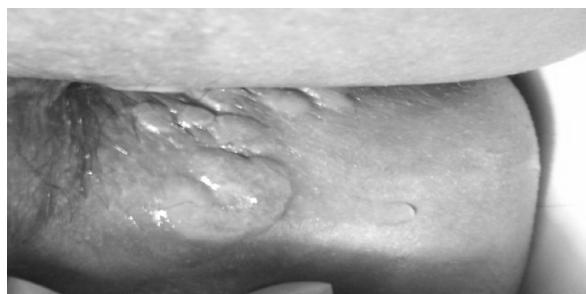
KASUS

Seorang laki-laki 21 tahun dengan keluhan bintil kemerahan yang di daerah sekitar anus sejak 10 minggu sebelum pemeriksaan tidak nyeri tekan. Pertama-tama satu bintil kemudian bertambah banyak. Terdapat bintil juga yang bulat di belakang leher, bercak kemerahan di telapak tangan dan kaki, disertai demam, dan lemah badan sejak 5 hari sebelum pemeriksaan. Pasien belum menikah, merupakan

homoseksual, dan melakukan hubungan seksual anal 17 minggu sebelumnya. Pasien pernah menderita ulkus di penis tetapi sembuh sendiri tanpa pengobatan khusus, pasien mengeluh pembesaran kelenjar di kedua inguinal, tidak ada keluhan lesi di mukosa, tidak ada rambut rontok.

Melalui pemeriksaan fisik umum didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 kali per menit, dan temperatur aksila 37,8°C. Kepala tidak ada rambut rontok dan alopecia, ektremitas didapatkan pembesaran pada kelenjar kedua ingunal, tidak nyeri.

Melalui pemeriksaan daerah sekitar anus didapatkan eritematosus papules multipel, basah, diameter 1–3 cm dengan bentuk oval (gambar 1). Di daerah belakang leher didapatkan papule sirkuler, diameter 2 cm (gambar 2). Di telapak tangan dan kaki didapatkan *roseola syphilitica* diameter 1 cm (gambar 4). Di daerah mukosa mulut tidak didapatkan lesi.



Gambar 1. Manifestasi klinis di daerah sekitar anus: *multipel erythematous papules*, basah diameter 1–3 cm dengan bentuk oval.



Gambar 2. Manifestasi klinik di daerah belakang leher: papule sirsiner, diameter 2 cm, oval.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dan serologis VDRL dan TPHA.

Hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 11,0 g/dl, leukosit 80.000/mm³, trombosit 200.000/mm³, Hct 38,2%. Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap ditemukan *Spirochetes* (gambar 5). Serologi VDRL: 1:128 dan TPHA: 1:2560. Hasil pemeriksaan urine dalam batas normal.

Pasien diterapi dengan penisilin prokain G 600.000 U *intramuscular* sekali sehari selama 10 hari. Setelah terapi 4 hari, tampak di regional papule menghilang (gambar 6 dan 7). Pasien diberi edukasi tentang tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah dan melakukan hubungan seks secara aman dengan kondom.

Setelah 1 bulan terapi didapatkan titer VDRL 1:64, setelah 3 bulan titer VDRL 1:32.



Gambar 3. Manifestasi klinik di daerah telapak kaki kanan dan kiri: *roseola syphilitica* diameter 1 cm.



Gambar 4. Manifestasi klinik di telapak tangan kanan dan kiri: *roseola syphilitica* diameter 1 cm.



Gambar 5. Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap ditemukan *Spirochetes*.



Gambar 6. Setelah terapi 4 hari. Regio sekitar anal, penyembuhan dari papules.



Gambar 7. Setelah terapi 10 hari, papules menyembuh.

PEMBAHASAN

Pada awal tahun 1990-an, 10% populasi di Amerika Serikat dan Eropa terinfeksi sifilis. Terbanyak pada pria dengan usia terbanyak 15–34 tahun.^{1,2,3} Pada kasus ini, penderita adalah laki-laki berusia 21 tahun.

Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dari serum lesi. Identifikasi serologi dapat dilakukan minimal 3 minggu.³ Pada kasus ini, ditemukan *spirochetes* pemeriksaan mikroskop lapangan gelap. Serologi VDRL: 1:128 dan TPHA: 1:2560 Sifilis primer terjadi 3 minggu setelah kontak infeksi, dapat sembuh dalam 4–8 minggu dengan atau tanpa pengobatan. Sifilis sekunder biasanya tampak dengan erupsi kulit dalam 2–10 minggu setelah infeksi primer disertai keluhan prodormal ringan, seperti lemah, kehilangan nafsu makan, demam, sakit kepala, pusing. Lesi permulaan bersifat bilateral simetris, kemerahan, basah, dan berbentuk bulat.^{5,6} Pada kasus ini, terdapat papula kemerahan yang di daerah sekitar anus sejak 10 minggu sebelum pemeriksaan tidak nyeri tekan. Terdapat papula juga yang bulat di belakang leher, bercak kemerahan di telapak tangan dan kaki, disertai demam, dan lemah badan sejak 5 hari sebelum pemeriksaan.

Penisilin masih pengobatan yang terbaik untuk sifilis. Sifilis sekunder diobati dengan penisilin 2,4 million units *intra muscular* dosis tunggal atau penisilin prokain 600.000 units *intra muscular* sekali sehari selama 10 hari.^{3,13} Pada kasus ini, pasien diterapi dengan penisilin prokain G 600.000 U *intramuscular* sekali sehari selama 10 hari.

Pasien dengan sifilis primer ataupun sekunder sebaiknya dilakukan pemeriksaan VDRL pada 1, 3, 6 dan 12 bulan selama pengobatan. Jika titer VDRL meningkat 4 kali lipat atau tetap 1:8 selama 12 bulan

maka perlu dipertimbangkan pengobatan ulang atau lebih intensif.^{3,4} Pada kasus ini, setelah 1 bulan terapi didapatkan titer VDRL 1:64, setelah 3 bulan titer VDRL 1:32.

Dilaporkan satu kasus sifilis sekunder. Dengan manifestasi klinis didapatkan di daerah sekitar anus *multiple eritematosus papules*, basah, diameter 1–3 cm dengan bentuk oval. Di daerah belakang leher didapatkan *papule* sirkuler, diameter 2 cm. Di telapak tangan dan kaki didapatkan *roseola syphilitica* diameter 1 cm. Di daerah mukosa mulut tidak didapatkan lesi. Kepala tidak ada rambut rontok dan alopecia, ekstremitas didapatkan pembesaran pada kelenjar kedua ingunal, tidak nyeri.

Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dari serum lesi. Identifikasi serologi dapat dilakukan minimal 3 minggu.^{3,4}

Penisilin masih pengobatan yang terbaik untuk sifilis. Sifilis sekunder diobati dengan *benzathin penisilin* 2,4 million units *intra muscular* dosis tunggal atau penisilin prokain 600.000 units *intra muscular* sekali sehari selama 10 hari.^{3,13} Penderita yang alergi dapat diberikan doksisiklin atau tetrasiklin.^{3,5}

Pasien dengan sifilis primer ataupun sekunder sebaiknya dilakukan pemeriksaan VDRL pada 1, 3, 6, dan 12 bulan selama pengobatan. Jika titer VDRL meningkat 4 kali lipat atau tetap 1:8 selama 12 bulan maka perlu dipertimbangkan pengobatan ulang atau lebih intensif.^{3,4}

KEPUSTAKAAN

1. Lukehart S. Biology of Treponemes. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, editors. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hills; 2008. p. 647–60.

2. Sanchez MR. Syphilis. In: Wolff K, Goldsmith L, Kartz S, Gilcherest B, Paller A, Leffell D, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1955–77.
3. Faro S. Syphilis. In: McAllisterl, editor. Sexually Transmitted Diseases in women. 1st ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2003. p. 214–44.
4. McCalmont T. Syphilis. Dermatology 2009; 1–11.
5. Murtiastutik D. Sifilis. Dalam: Barakbah J, Lumintang H, Martodihardjo S, editor. Buku Ajar Infeksi Menular Seksual. Surabaya: Airlangga University Press; 2008. h. 135–47.
6. Sparling PF, Swartz MN, Musher DM, Healy BP. Clinical Manifestation of Syphilis. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, editors. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hills; 2008. p. 661–84.
7. Katz A, Cadorna A. Investigation of Cluster of Syphilis, Gonorrhoe, and Chlamydia Cases Among Heterosexual Micronesians Living on Oahu. J Community Health 2009.
8. Ahmed SA, Sheikh R, Khan I. A Clinical Experience with Patients of Syphilis. Int J of Pathol 2004; 2: 75–7.
9. Sikora C, Loeppky D, Embil J. Syphilis: Stemming the Outbreak. The Canadian J of CME 2004: 61–7.
10. Anamita K, Vibhu M, Kausik M. Congenital Syphilis-An Analyses of Data in a North Indian Tertiary Care Hospital. Indian J Sex Transm Dis 2005; 26: 54–6.
11. Cather Jennifer C, Cather John C, Menter M. Psoriasisiform lesions on thrunk and palms. BUMC Proceeding 2003; 16: 236–8.